



Espace Jeunes « La petite Gare »

DOSSIER D'INSCRIPTION

2018/2019

Dossier à retourner ou à déposer à l'Espace Jeunes

Rue du petit Train 29120 Pont-l'Abbé
☎ 09 79 73 85 00 06 60 51 10 86 ✉ lapetitegare@ville-pontlabbe.fr

Ouvert hors vacances scolaires : les Mercredis et Samedis de 13h30 à 18h30
Ouvert pendant les vacances scolaires : du Lundi au Vendredi de 13h30 à 18h30

L'inscription ne sera effective qu'à réception du dossier complet

Pièces à joindre :

- Photocopie du dernier avis d'imposition
- Justificatif de responsabilité civile
- Chèque de cotisation annuelle de 10€ à l'ordre du Trésor public
- Certificat médical de non contre-indication aux pratiques sportives
- Photocopie des vaccinations
- Certificat médical si allergie ou régime alimentaire
- Protocole établi par le médecin en cas de médicaments à administrer au jeune (même de manière occasionnelle)

RESPONSABLE LEGAL 1 (Allocataire) (Mère ou Père uniquement)

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille (le cas échéant) :

Autorité parentale oui / non

Adresse :

Code postal : Commune :

Tel Domicile : Tel Travail :

Portable : @email :

Régime de Sécurité Sociale (Général, MSA, Maritime, MGEN, SNCF) :

Organisme d'Allocations familiales (CAF Sud Finistère, CAF autre département, Autre régime) :

N°allocataire :

RESPONSABLE LEGAL 2 (Mère ou Père uniquement)

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille (le cas échéant) :

Autorité parentale oui / non

Adresse :

Code postal : Commune :

Tel Domicile : Tel Travail :

Portable : @email :

Régime de Sécurité Sociale (Général, MSA, Maritime, MGEN, SNCF) :

Organisme d'allocation familial (CAF Sud Finistère, CAF autre département, Autre régime) :

N°allocataire :

AUTRE RESPONSABLE LEGAL (Tuteur, Personne physique ou morale)

Organisme : Personne référente :
 Fonction : Lien avec l'enfant :
 Autorité parentale : oui / non

Adresse :
 Code postal : Commune :
 Tel Domicile : Tel Travail :
 Portable : @email :

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

- **Responsable légal 1 :** A appeler en cas d'urgence
- **Responsable légal 2 :** A appeler en cas d'urgence
- **Autre Responsable légal :** A appeler en cas d'urgence

- **Autre personne :** A appeler en cas d'urgence
 Nom : Prénom :
 Lien avec l'enfant :
 Tel Domicile : Tel Travail :
 Portable :

- **Autre personne :** A appeler en cas d'urgence
 Nom : Prénom :
 Lien avec l'enfant :
 Tel Domicile : Tel Travail :
 Portable :

- **Autre personne :** A appeler en cas d'urgence
 Nom : Prénom :
 Lien avec l'enfant :
 Tel Domicile : Tel Travail :
 Portable :

JEUNE(S) :

1/

Nom : Prénom : Sexe : M F

Date et lieu de naissance : Dépt :

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ?.....

Suit-il un traitement médical ?.....

Souffre-t-il d'une allergie ?

Suit-il un régime alimentaire ?.....

(Nous joindre l'ordonnance en cas de réponse à ces questions)

L'enfant a-t il eu les maladies suivantes ?

Rubéole	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Varicelle	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Angine	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Asthme	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Scarlatine	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Coqueluche	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Rougeole	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Otite	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Oreillons	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Rhumatisme	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>						

Informations que vous souhaitez nous communiquer :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2 /

Nom : Prénom : Sexe : M F

Date et lieu de naissance : Dépt :

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ?.....

Suit-il un traitement médical ?.....

Souffre-t-il d'une allergie ?

Suit-il un régime alimentaire ?.....

(Nous joindre l'ordonnance en cas de réponse à ces questions)

L'enfant a-t il eu les maladies suivantes ?

Rubéole	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Varicelle	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Angine	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Asthme	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Scarlatine	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Coqueluche	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Rougeole	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Otite	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Oreillons	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Rhumatisme	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>						

Informations que vous souhaitez nous communiquer :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



AUTORISATIONS

Je soussigné(e) (*responsable 1*)

Je soussigné(e) (*responsable 2*)

Je soussigné(e) (*autre responsable légal*)

Représentant légal des jeunes inscrits ci-dessus

Atteste avoir pris connaissance du règlement de l'Espace Jeunes et m'engage à respecter les termes de ce document.

Atteste avoir été informé, via ce règlement, de l'article L227-5 du Code de l'action sociale et des familles qui précise l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes qui couvre les dommages corporels auxquels le(s) mineurs désigné(s) dans ce dossier, est/sont exposé(s) lors des activités auxquelles il(s) participe(nt).

Autorise mon enfant à participer à toute les sorties et animations organisées par l'équipe d'animation de l'Espace Jeunes « La petite gare ».

En cas de nécessité, j'autorise les organisateurs et l'équipe de direction à prendre toutes les mesures (soins, traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de mon fils/ma fille et m'engage à signaler à l'équipe toute modification des renseignements portés sur le dossier d'inscription, ainsi que toute information la/le concernant (problèmes de santé, ...).

(cf article 2 du règlement de l'espace jeunes : « Il est impératif que les parents soient vigilants sur l'exactitude des renseignements fournis sur le dossier d'inscription, car ils permettent à l'équipe d'animation de déterminer la bonne démarche à suivre en cas d'urgence. »)

Je m'engage à rembourser, à la structure, les honoraires médicaux et frais pharmaceutiques avancés en raison des soins engagés.

Important : Il appartient aux parents de s'informer du type d'activités proposées et de juger si elles sont compatibles avec l'état de santé de leurs enfants.

DROIT A L'IMAGE

Cf documents annexes « Les mentions légales relatives à la protection des données personnelles » et « Autorisation d'utilisation de photographies et de vidéos réalisées dans le cadre des activités scolaires, périscolaires et extrascolaires ».

ENGAGEMENT DES REPRESENTANTS LEGAUX

Nous déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et nous nous engageons à signaler tous changements modifiant les indications mentionnées.

Fait à le

Signatures des représentants légaux

Conformément à la loi informatique et libertés N°78-17 du 6 janvier 1978, vous disposerez d'un droit d'accès et de rectification à l'égard des informations nominatives recueillies, auprès de la mairie ou du Service Enfance Jeunesse.